

## PERLINDUNGAN HUKUM BAGI PASIEN ANAK KRITIS DARI KESEPAKATAN DO NOT RESUSCITATE (DNR) (LEGAL PROTECTION OF CRITICAL CHILDREN PATIENTS FROM DO NOT RESUSCITATE (DNR))

**Maggie Stella Hung, Ardiansah Ardiansah, Yeni Triana**

Program Studi Magister Ilmu Hukum Universitas Lancang Kuning, Riau, Indonesia  
Email: maggiesth Hung@gmail.com, ardiansah@unilak.ac.id, yeni.triana@unilak.ac.id

### Abstrak

Perlindungan hukum melalui peraturan perundang-undangan yang ada mengenai pengambilan keputusan dalam hal penatalaksanaan medis, khususnya do not resuscitate (DNR) oleh mature minors, belum mencapai kesepakatan universal. Perundang-undangan Indonesia yang ada saat ini mencegah anak di bawah umur yang kompeten untuk diberikan kapasitas terkait pengambilan keputusan tindakan medis atas dirinya. Hal ini tidak sesuai dengan Konvensi Hak Asasi Manusia dan Konvensi PBB tentang Hak Anak. Terlebih lagi masalah ini tampak terabaikan di Indonesia. Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif dengan pendekatan perundang-undangan, kasus, dan analitik, serta dianalisis secara deskriptif-kualitatif. Kesimpulan studi ini didapatkan melalui analisis mendalam terhadap perundang-undangan, tinjauan literatur dan artikel. DNR pada anak kritis dapat dilakukan, namun harus mempertimbangkan faktor otonomi dan paternalistik, serta kapasitas seorang anak. Disamping itu, praktik DNR di Indonesia masih memiliki aspek kekosongan hukum sehingga diperlukan penegakan hukum.

**Kata Kunci:** perlindungan hukum; anak kritis; *do not resuscitate*

### Abstract

*Legal protection through the current law governing decision-making regarding of medical treatment, particularly do not resuscitate (DNR) by mature minors, has not reached universal agreement. Indonesia's law regulations, currently appearing to prevent competent minors being granted capacity, is incompatible with the regulations under the Convention on Human Rights and the UN Convention on the Rights of the Child. Moreover, this issue seems to be neglected in Indonesia. This study is a normative legal research with statute, case and analytical-approach, then analyzed using descriptive-qualitative analysis. Regulations, literature reviews and articles are gathered through in-depth analysis to conclude the study. DNR on child could be done by considering autonomy and paternalistic factors, as well as the capacity of a child. Besides, DNR practices in Indonesia need a law enforcement to fill the legal vacuum.*

**Keywords:** *legal protection; critical children; do not resuscitate*

## Pendahuluan

Hak anak dalam memutuskan segala hal terkait bidang kesehatan seluruhnya ditentukan oleh *surrogate* atau walinya. Apakah benar anak tidak memiliki kuasa terutama terhadap hidupnya dalam penentuan keputusan medis? Pengambilan keputusan dalam pelayanan kesehatan meliputi perintah *do not resuscitate* (DNR), yaitu keputusan yang bersifat terapeutik yang dibuat pasien atau wakil (*surrogate*) pada pasien kritis sebelum pasien henti nafas atau jantung terjadi, *cardiopulmonary arrest*, agar tenaga kesehatan tidak melakukan pijat jantung (*Cardio-Pulmonary Resuscitation*) tanpa menghentikan terapi yang telah diberikan kepada pasien (Grinyer, 2011). Perintah DNR tidak termasuk menghentikan pemberian suplementasi oksigen, terapi intravena ataupun oral, nutrisi parenteral atau intravena atau penghentian bantuan hidup seperti ventilator ataupun obat inotropik (Piryani, 2018).

Pengambilan keputusan DNR oleh pasien anak sampai sekarang masih menjadi dilema bagi pemberi layanan kesehatan. Negara Indonesia belum memiliki kebijakan terkait hal ini. Hal ini terutama terjadi di kebanyakan Rumah Sakit Umum (RSU) rujukan. Rumah Sakit Umum merupakan rumah sakit yang berperan sebagai ujung tombak fasilitas kesehatan rujukan di Indonesia. Hal ini menjadikan RSU sebagai pusat penanganan kasus penyakit tahap lanjut atau kritis pasien anak-anak hingga membutuhkan perintah *do not resuscitate*.

Perintah *do not resuscitate* pada pasien anak menjadi fenomena sosial hukum yang terjadi di RSU rujukan. Anak dan remaja yang berperan sebagai kaum minoritas belum memiliki perlindungan hukum untuk melepaskan diri dari ketidak-cakapan dalam pembuatan suatu keputusan yang berkaitan dengan kesehatannya sendiri. Hal ini sudah menjadi perhatian di negara-negara maju, tapi belum di negara berkembang seperti Indonesia.

Dokter sering kali dihadapkan pada pasien yang meminta resusitasi penuh terhadap kondisi penyakitnya. Atau, baik pasien sendiri maupun anggota keluarga tidak membuat permintaan resusitasi penuh, namun hanya dokter yang berasumsi untuk memberikan tindakan pijat jantung sesuai dengan keinginan pasien (Yuen, Reid, & Fetters, 2011). Pandangan hukum atas perintah DNR yang sepihak ini tidak diperbolehkan, atau dianggap melanggar konstitusi negara di Amerika Serikat, serta melanggar kebijakan rumah sakit (Georgiou, 2019). Hukum Indonesia telah mengatur hal pelayanan kesehatan anak dalam Undang-Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945 Pasal 28A *junctis* Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia Pasal 62 dan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 5. Peran Pemerintah dalam pelayanan kesehatan anak diatur dalam peraturan Undang-Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945 Pasal 28A yang menyebutkan bahwa, “Setiap orang berhak hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya” (Republik Indonesia, 2002). EUU Nomor 39 tahun 1999 Pasal 62 berbunyi, “Setiap anak berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan jaminan sosial secara layak, sesuai dengan kebutuhan fisik dan mental spiritualnya” (Republik Indonesia, 1999). FUU Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 5 ayat (3), berbunyi: “Setiap orang

berhak secara mandiri dan bertanggung jawab menentukan sendiri pelayanan kesehatan yang diperlukan bagi dirinya” (Rusmini, 2017). Namun, bagaimana penerapan peraturan tersebut dalam menghadapi kasus sehari-hari?

Seperti hasil wawancara terhadap pengalaman klinis seorang dokter, pada pasien An. X (14 tahun) dengan diagnosis Acute Lymphoblastic Lymphoma – L5 yang sedang menjalani hemodialysis rutin di Rumah Sakit Umum. Pasien datang ke Instalasi Gawat Darurat (IGD) dan membutuhkan ruang perawatan PICU (*Pediatric Intensive Care Unit*), serta hemodialisa cito. Namun, ruang perawatan PICU di RS pada saat itu sedang penuh. Orang tua diminta menandatangani surat DNR. Orang tua pasien saat itu segera menandatangani surat tersebut. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) anak yang menangani pasien tersebut tidak melakukan bantuan apapun, sedangkan pasien mengatakan bahwa dirinya masih ingin diperjuangkan hidupnya.

Hal ini juga dibahas dalam acara ilmiah departemen ilmu kesehatan anak, dimana pada pasien An. AB (15 tahun) dengan diagnosis tumor otak. Pasien sudah menjalani operasi kraniotomi pengangkatan tumor sebanyak 3 kali. Saat ini tumor residif membesar dibandingkan 6 bulan yang lalu. Pasien di rencanakan operasi oleh sejawat Bedah Saraf. Setelah mendengarkan penjelasan dari DPJP, pasien memutuskan untuk menolak tindakan operasi. Namun, orang tua tidak mendukung keputusan anak karena menginginkan anak sembuh (Gedge, Giacomini, & Cook, 2007).

Kemudian pada pasien An. Y (12 tahun) dengan diagnosis neuroblastoma stadium 4 datang ke IGD dengan keluhan nyeri tumor dengan skala nyeri 9/10. Pasien telah menjalani serangkaian kemoterapi dan operasi tumor primer. Sekarang pasien sedang dalam tahap kemoterapi post-operasi tumor, namun pasien merasa sangat kesakitan dengan perutnya yang membesar. Pasien saat dirawat di RSU meminta dokter untuk dibebaskan dari penderitaan penyakitnya, namun orang tua berkeinginan sebaliknya dengan mempertahankan kehidupan pasien dan memaksimalkan terapi. DPJP pasien melakukan upaya maksimal untuk menyelamatkan anak. Penandatanganan DNR ditolak oleh pihak keluarga pasien.

Kesenjangan yang terjadi antara peraturan yang mendasari dengan kejadian di lapangan membuat Peneliti perlu meninjau perlindungan hukum apa yang berperan untuk melindungi anak dari *do not resuscitate*. Apakah selamanya beban ini akan ditanggung dokter tanpa adanya perlindungan dari aspek hukum terhadap pasien anak yang merupakan minoritas?

## Metode Penelitian

Metode penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian hukum normatif, yang merupakan suatu proses menemukan aturan hukum, prinsip-prinsip hukum, ataupun doktrin-doktrin hukum, untuk menjawab isu perlindungan hukum bagi pasien anak kritis dari kesepakatan *do not resuscitate* (Mistar, 2010).

### 1. Pendekatan

Pendekatan yang dilakukan untuk menjawab permasalahan dalam penelitian adalah melalui pendekatan perundang-undangan (*statute approach*), pendekatan

kasus (*case approach*), dan pendekatan analitik (*analytical approach*). Pendekatan perundang-undangan merupakan studi tekstual yang menganalisis dan mengkaji kebijakan secara kritis dan menjelaskan arti, serta implikasi terhadap subjek hukum yang diteliti (Efendi & Ibrahim, 2018). Sedangkan, pendekatan kasus merupakan pendekatan berupa kasus yang diperoleh langsung dari masyarakat sebagai sumber pertama melalui observasi, wawancara, maupun kuesioner terhadap realisasi penelitian atas efektivitas hukum yang berlaku ataupun penelitian atas identifikasi hukum, dalam penelitian ini adalah mengidentifikasi perlindungan hukum anak kritis terhadap *do not resuscitate* (Purwati, 2020). Pendekatan analitis adalah pendekatan dengan mengekspos hukum dan konsep hukum untuk dapat mengetahui hubungan terhadap norma dalam konteks sosial. Kesenjangan yang ada menciptakan ide terhadap hukum, yang kemudian akan ditemukan maknanya melalui analisis dan sintesis (Bhat, 2019).

## 2. Metode Pengumpulan Data

Pengumpulan data-data secara mayoritas adalah menggunakan data sekunder, walaupun terdapat data primer terkait kasus yang menyangkut *do not resuscitate* terhadap anak kritis. Fokus pembahasan dalam tulisan ini menitik beratkan kepada peran hukum untuk mendampingi aspek medis dan etika dalam menangani kasus *do not resuscitate* terhadap anak kritis yang merupakan objek yang rentan.

## 3. Teknik Analisa Data

Studi kepustakaan ini akan dianalisis secara deskriptif kualitatif. Adapun penarikan kesimpulan dilakukan menggunakan logika berpikir deduktif, yaitu penalaran hukum yang berlaku umum pada kasus individual dan konkrit mengenai *do not resuscitate* terhadap anak sakit kritis. Akan dilakukan konkritisasi hukum, karena temuan hukum berupa nilai, asas, konsep, dan norma hukum yang dirumuskan secara umum dalam aturan hukum positif, yang kemudian dikonkritisasi dan diterapkan guna penyelesaian persoalan hukum konkrit yang dihadapi, sehingga diperoleh kesimpulan sebagai jawaban atas permasalahan.

## Hasil dan Pembahasan

### 1. Pelayanan Kesehatan Bagi Anak dalam Peraturan Perundang-undangan Indonesia

Kecakapan hukum (atau yang lebih sering disebut dewasa) merupakan unsur penting dalam perbuatan hukum. Definisi kecakapan hukum di Indonesia didasarkan pada Pasal 330 KUHPerdara *junctis* Undang-Undang Nomor 1 tahun 1974 tentang perkawinan pasal 47 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak pasal 1 ayat (7). Dewasa berdasarkan Pasal 330 KUHPerdara adalah seseorang yang berusia 21 tahun dan sudah menikah (Meliala, 2018). Undang-Undang Nomor 1 tahun 1974 tentang perkawinan pasal 47, berbunyi: (1) Anak yang belum mencapai umur 18 (delapan belas) tahun atau belum pernah melangsungkan perkawinan ada di bawah kekuasaan orang tuanya selama mereka tidak dicabut dari kekuasaannya; (2) Orang tua mewakili anak tersebut mengenai segala perbuatan

hukum di dalam dan di luar Pengadilan (Nomor, 1AD). Pasal ini kemudian dipertegas dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak pasal 1 ayat (7), berbunyi: Remaja adalah kelompok usia 10 tahun sampai berusia 18 tahun (Menkes, 2014). Jadi, dengan asas penafsiran hukum *lex posterior derogate legi priori*, dapat disimpulkan bahwa Indonesia mengakui usia 18 tahun sebagai dewasa secara hukum dan kompeten. Implikasi pada pelayanan kesehatan adalah bahwa anak Indonesia dibawah 18 tahun tidak memiliki hak untuk menentukan layanan kesehatannya secara mandiri. Hukum ini mutlak tanpa mempertimbangkan kompetensi dan kapasitas seorang anak.

Studi mengenai sinkronisasi peraturan perlindungan hukum anak dalam akses pelayanan kesehatan ditemukan sudah memenuhi. Hal ini tercermin dalam Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) Republik Indonesia Nomor 12 tahun 2017 tentang penyelenggaraan imunisasi *junctis* Permenkes No 25 tahun 2014 tentang upaya kesehatan anak; Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 33 tahun 2012 tentang pemberian air susu ibu eksklusif, UU No 36 tahun 2009 tentang kesehatan, UU Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 tentang perubahan atas UU No 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak (TASLIMA, 2021). Namun, dalam praktek lapangan bidang kesehatan, keseluruhan kebijakan ini belum mampu melindungi hak hidup seorang anak.

## 2. Problematika Tindakan Medis Pasien Anak Kritis

Anak kritis' merupakan pasien anak yang dirawat di rumah sakit dalam perawatan ruang intensif (*Pediatric Intensive Care Unit*). Dalam pedoman *American Association of Pediatrician/Pediatric Society of Critical Care Medicine* (SCCM) kriteria 'anak kritis' meliputi (Frankel et al., 2019):

- insufisiensi pernafasan akut dan kronik (asma, infeksi, cedera paru akut/*acute lung injury*)
- kegagalan sirkulasi (sepsis, syok, gagal jantung yang tidak perlu *extracorporeal membrane oxygenation*)
- penyakit infeksi ke arah disfungsi sistem organ mayor
- gangguan endokrin dan metabolik (ketoasidosis diabetikum, gangguan mitokondrial, hipotiroid, dan krisis adrenal)
- penyakit neurologis (status epilepticus, ensefalopati)
- paparan racun
- trauma (stabilisasi awal dan perawatan berkelanjutan)
- penyakit hematologi dan onkologi
- luka bakar >10%

Dalam hukum Indonesia, anak di bawah usia 18 tahun belum dapat mempertanggung jawabkan dirinya sendiri. Akibatnya, orang tua dari anak yang memiliki tanggung jawab. Orang tua yang memiliki tanggung jawab dalam penentuan kesehatan anaknya, selalu berasumsi memilih yang terbaik untuk anaknya (*child's best interest*), namun apakah itu yang dianggap baik oleh si anak? Belum tentu (BIRCH, 2017). Cerminan dari '*Gillick competence*' membawa banyak

perubahan dalam bidang penanganan kesehatan anak terutama dalam menilai maturitas seorang anak dalam menentukan keputusan dan mengerti implikasi terhadap keputusan tersebut. Seperti yang dikutip dari putusan Hakim Woolf (Lyons, 2011):

“...whether or not a child is capable of giving the necessary consent will depend on the child’s maturity and understanding and the nature of the consent required. The child must be capable of making a reasonable assessment of the advantages and disadvantages of the treatment proposed, so the consent, if given, can be properly and fairly described as true consent” (Gillick v West Norfolk, 1984).

Problematika tindakan medis pada anak kritis menitik beratkan pada penentuan tindakan dalam keadaan khusus saat segala upaya maksimal telah dilakukan, namun prognosis pasien *ad malam* (buruk), maka dokter penanggung jawab pasien harus berdiskusi dan membuat keputusan penghentian upaya terapi. Pengambilan keputusan ini diambil oleh orang tua untuk mengambil keputusan utama (otonomi), dan dokter sebagai penentu keputusan akhir (paternalistik). *Shared decision making* merupakan cara ideal dalam menentukan pilihan pada pasien anak dengan ketidakpastian medis yang sangat dipengaruhi dengan preferensi pribadi, pengalaman, serta factor lain. VAdapun beberapa problematika yang diteliti secara langsung memengaruhi pengambilan keputusan keluarga terhadap DNR, yakni (1) kebijakan DNR; (2) hambatan finansial; (3) dampak etika *beneficence* terhadap *non-maleficence*; (4) aspek hukum yang mempengaruhi hak *autonomy* dalam pengambilan keputusan; (5) pandangan orang tua; (6) pandangan dokter; (7) pandangan direktur rumah sakit; (8) pandangan komite etik dan hukum; (9) pandangan subkomite etika dan disiplin profesi.

### 3. Perlindungan Hukum Bagi Pasien Anak Kritis dari *Do Not Resuscitate*

Berbagai upaya negara untuk menjamin hak dan kewajiban rakyatnya, salah satunya adalah dengan membentuk hukum. Negara harus memastikan pelaksanaan hak dan kewajiban oleh masyarakat berlangsung seimbang agar masyarakat sejahtera. Pancasila dan Undang-Undang Dasar 1945 berperan sebagai dasar dan landasan hukum tertinggi di Indonesia. Keduanya merasuk ke seluruh sendi penggerak bangsa, dan menjadi pedoman cita-cita bangsa. Sehingga, segala pembentukan kebijakan dan peraturan harus berlandaskan Pancasila dan UUD 1945.

Perlindungan hukum terhadap anak khususnya mengenai *do not resuscitate* masih belum mencapai suatu kesepakatan yang universal. Hal ini disebabkan oleh pertama, aspek hukum di setiap negara masih heterogen. Ada negara yang sudah menentukan batasan usia minoritas untuk mengambil keputusan atas kesehatan mereka sendiri. Namun, ada negara yang masih belum jelas, sehingga menyebabkan pemberi layanan kesehatan dan tim diharuskan menilai kompetensi pasien. Hal ini telah mempengaruhi pembuatan kebijakan perihal remaja di banyak negara. Di Inggris, orang tua tidak diperbolehkan melihat rekam medis anaknya, namun kompetensi ini masih dinilai oleh dokter. Di Amerika Serikat, penilaian kompetensi



pasien di bawah umur dinilai oleh ahli bioetika, komisi etik, psikiater, psikolog, dan bahkan pengacara ataupun pengadilan. Bagi negara yang belum memiliki kebijakan terkait hal ini, biasanya mereka akan berpegangan pada Konvensi Hak Anak (Michaud, Blum, Benaroyo, Zermatten, & Baltag, 2015).

Kedua, perkembangan kapasitas untuk mengambil keputusan melibatkan aspek kognitif dan afektif dari penalaran, serta perkembangannya pada masa remaja. Penilaian kapasitas sulit dinilai karena (1) kapasitas untuk memahami aspek jangka pendek dan jangka panjang, serta konsekuensi pilihan yang diambil tergantung dengan situasi; (2) perkembangan kognitif dan afektif berbeda-beda pada setiap individu; (3) kapasitas prediksi konsekuensi tindakan atau keputusan dihambat oleh emosi dan pertumbuhan dan maturasi sel otak bagian prefrontal yang lambat.

Ketiga, evaluasi dan penilaian kemampuan pengambilan keputusan remaja harus diberikan kepada seorang tenaga medis atau kesehatan, tanpa mengesampingkan saran orang tua atau *surrogate*. Hal ini karena dokter maupun tenaga kesehatan yang berhubungan langsung dengan pasien dan memantau perkembangan kondisi medis.

Indonesia belum memiliki protab untuk menilai kapasitas remaja. Belum ada kebijakan khusus yang mengatur tentang kapasitas pengambilan keputusan dalam bentuk *informed consent*, *informed refusal*, *do not resuscitate*, maupun *informed assent*. Alat untuk menilai kapasitas anak, MacCAT-T belum divalidasi dan tersedia untuk dipergunakan oleh dokter maupun tenaga kesehatan di Indonesia. Tenaga kesehatan perlu menilai kapasitas dan melibatkan remaja dalam pengambilan keputusan.

Tanggung jawab pemerintah dan negara dalam usaha perlindungan anak dalam bidang kesehatan khususnya *do not resuscitate* memang belum ada dan belum dapat terealisasi. Tanggung jawab muncul dari adanya suatu hak dan kewajiban. Anak dalam hal ini, masih merupakan minoritas yang hak dan kewajibannya masih dalam tahap perkembangan. Apalagi dengan kasus *do not resuscitate* pada anak yang masih belum umum terjadi di Indonesia, hal ini sering kali terlupakan.

Perlindungan hukum adalah suatu upaya melindungi subyek hukum dalam bentuk aturan yang bersifat preventif atau pencegahan, maupun yang bersifat represif atau mengekang, lisan ataupun tertulis (Tampubolon, 2016). Perlindungan hukum diberikan kepada masyarakat yang berada pada posisi yang lemah, baik secara ekonomis maupun lemah dari aspek yuridis, dalam konteks ini merupakan anak (Pashkov & Olefir, 2017). Pasal 28A Undang-Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945 *junctis* Pasal 62 Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, Pasal 5 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan, Pasal 32 ayat 1(c) Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang rumah sakit, berbunyi: “Setiap pasien mempunyai hak: memperoleh layanan yang manusiawi, adil, jujur, dan tanpa diskriminasi” (Republik Indonesia, 2009), Pasal 24 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 tentang perubahan atas UU No 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak, berbunyi: “Negara, Pemerintah, dan Pemerintah Daerah menjamin Anak untuk mempergunakan haknya dalam

menyampaikan pendapat sesuai dengan usia dan tingkat kecerdasan Anak” (Pemerintah Republik Indonesia, 2014).

Seharusnya keempat aturan tersebut mampu mengayomi hak asasi (HAM) seorang anak. Hak asasi manusia adalah hak dasar yang melekat pada setiap individu sejak dilahirkan ke bumi. Hak ini bukan merupakan pemberian manusia atau negara, namun sifatnya wajib dilindungi. Negara dan pemerintah merupakan penanggung jawab utama dalam upaya mewujudkan penghormatan, penghargaan, perlindungan dan penegakan HAM. Sedangkan, hukum dan peraturan perundang-undangan merupakan wadahnya. Wujud perlindungan yang sifatnya adaptif dan fleksibel, serta prediktif dan antisipatif merupakan fungsi hukum. Masyarakat yang lemah dan belum kuat secara sosial, ekonomi dan politik membutuhkan hukum untuk memperoleh keadilan sosial (Tirtakoesoemah & Arafat, 2020).

Berkaca dari negara tetangga Australia, peraturan spesifik terkait *informed consent* penatalaksanaan medis terhadap anak-anak hanya terdapat pada negara bagian Australia Selatan dan New South Wales. Dr Sara Bird menyimpulkan bahwa *consent* terhadap tindakan medis yang diterima pasien dibawah 18 tahun dapat ditentukan oleh pasien, orang tua atau wali hukum, pengadilan, atau pihak lainnya (di NSW persetujuan dari *Guardianship Tribunal* dalam perawatan medis khusus seperti tindakan sterilisasi, vasektomi atau oklusi tuba). Sedangkan di Indonesia, pengambilan keputusan *do not resuscitate* pada anak berpedoman pada Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 519/MENKES/PER/III/2011, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 tahun 2014 tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor, serta protab masing-masing rumah sakit untuk penentuannya.

Jadi, perlu adanya hukum yang mengatur mengenai perintah *do not resuscitate* untuk melindungi hak asasi seorang anak dalam penentuan tindakan medis yang akan diterimanya. Hak anak perlu dilindungi, dihormati, dan dihargai yang direalisasikan melalui wadah pembentukan peraturan hukum di Indonesia. Hukum ini juga diharapkan mampu memberi suatu batas tegas kepada pasien anak, orang tua, dan dokter yang menghadapi hal ini.

## **Kesimpulan**

Pengambilan keputusan secara mandiri seorang anak terkait kesehatannya masih belum tegas secara hukum. Perlindungan hukum terhadap kesehatan anak sudah diatur dalam Pasal 62 Undang-Undang Nomor 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia *junctis* Pasal 28A Undang-Undang Dasar Republik Indonesia tahun 1945; Pasal 4 dan 5 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan; Pasal 32 ayat 1(c) Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit; dan Pasal 24 Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35 tahun 2014 tentang perubahan atas UU No 23 tahun 2002 tentang perlindungan anak . Sedangkan, peraturan mengenai *do not resuscitate* (DNR) masuk ke dalam penundaan terapi bantuan hidup yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 519/MENKES/PER/III/2011 dan PMK Nomor 37



tahun 2014. Namun, perlindungan hukum terhadap anak dari DNR belum secara spesifik dibahas dalam perundang-undangan. Tanggung jawab hukum pengambilan keputusan kesehatan anak secara sepenuhnya diberikan kepada orang tua, sedangkan Negara serta Pemerintah Indonesia belum bertanggung jawab atasnya. Akibat adanya kekosongan hukum, dalam hal ini perlu adanya penemuan hukum.

## BIBLIOGRAFI

- Bhat, Ishwara. (2019). *Idea and Methods of Legal Research*. New Delhi: Oxford University Press.
- BIRCH, JESSICA. (2017). *Mature Minors and the Refusal of Medical Treatment: A Misuse of Gillick?* Durham University. [Google Scholar](#)
- Efendi, Jonaedi, & Ibrahim, Johnny. (2018). *Metode Penelitian Hukum Normatif & Empiris*. Cetakan Ke-2, Prenadamedia Group: Depok. [Google Scholar](#)
- Frankel, Lorry R., Hsu, Benson S., Yeh, Timothy S., Simone, Shari, Agus, Michael S. D., Arca, Marjorie J., Coss-Bu, Jorge A., Fallat, Mary E., Foland, Jason, & Gadepalli, Samir. (2019). Criteria for critical care infants and children: PICU admission, discharge, and triage practice statement and levels of care guidance. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(9), 847–887. [Google Scholar](#)
- Gedge, E., Giacomini, M., & Cook, D. (2007). Withholding and withdrawing life support in critical care settings: ethical issues concerning consent. *Journal of Medical Ethics*, 33(4), 215–218. [Google Scholar](#)
- Georgiou, Loukas Geirgiou dan Anastasios. (2019). “A critical review of the factors leading to cardiopulmonary resuscitation as the default position of hospitalized patients in the USA regardless of severity of illness.” *International Journal of Emergency Medicine*, 12(9).
- Grinyer, Anne. (2011). *Palliative and end of life care for children and young people: home, hospice, hospital*. John Wiley & Sons. [Google Scholar](#)
- Indonesia, Pemerintah Republik. (2014). *Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2014 Tentang Aparatur Sipil Negara*. [Google Scholar](#)
- Indonesia, Republik. (1999). *Undang-Undang Republik Indonesia nomor 39 tahun 1999 tentang hak asasi manusia*. Pusat Penerbitan PNRI. [Google Scholar](#)
- Indonesia, Republik. (2002). *Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945*. Sekretariat Jenderal MPR RI. [Google Scholar](#)
- Indonesia, Republik. (2009). *Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit*. [Google Scholar](#)
- Lyons, Barry. (2011). *“Who is Silent Gives Consent”: Power and Medical Decision-Making for Children*. The University of Manchester (United Kingdom). [Google Scholar](#)
- Meliala, Djaja S. (2018). *Hukum Waris Menurut Kitab Undang-Undang Hukum Perdata*. Nuansa Aulia. [Google Scholar](#)

- Menkes, R. I. (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 25 Tahun 2014*. Jakarta. [Google Scholar](#)
- Michaud, Pierre André, Blum, Robert Wm, Benaroyo, Lazare, Zermatten, Jean, & Baltag, Valentina. (2015). Assessing an adolescent's capacity for autonomous decision-making in clinical care. *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 361–366. [Google Scholar](#)
- Mistar, Junaidi. (2010). *Pedoman Penulisan Tesis*. Malang: Program Pascasarjana Universitas Islam Malang. [Google Scholar](#)
- Nomor, Undang Undang. (1AD). *tahun 1974 tentang Perkawinan*. [Google Scholar](#)
- Pashkov, Vitaliy, & Olefir, Andrii. (2017). Protection of children's rights in the health care: problems and legal issues. *Wiadomosci Lekarskie (Warsaw, Poland: 1960)*, 70(6 pt 1), 1122–1132. [Google Scholar](#)
- Piryani, RM dan Piryani S. (2018). Do-Not-Resuscitate (DNR). *Journal of Kathmandu Medical College*, 7(4). [Google Scholar](#)
- Purwati, Ani. (2020). *Metode penelitian hukum teori & praktek*. Jakad Media Publishing. [Google Scholar](#)
- Rusmini, Andin. (2017). Tindak Pidana Pengeedaran Dan Penyalahgunaan Obat Farmasi Tanpa Izin Edar Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan. *Al-Adl: Jurnal Hukum*, 8(3). [Google Scholar](#)
- Tampubolon, Wahyu Simon. (2016). Upaya Perlindungan Hukum Bagi Konsumen Ditinjau Dari Undang Undang Perlindungan Konsumen. *Jurnal Ilmiah Advokasi*, 4(1), 53–61. [Google Scholar](#)
- TASLIMA, Fahraini. (2021). *Perlindungan Hukum Bagi Anak Dalam Mengakses Pelayanan Kesehatan Pada Struktur Peraturan Perundang-Undangan Indonesia*. Universitas Jenderal Soedirman. [Google Scholar](#)
- Tirtakoesoemah, Annisa Justisia, & Arafat, Muhammad Rusli. (2020). Penerapan Teori Perlindungan Hukum Terhadap Hak Cipta Atas Penyiaran. *Pena Justisia: Media Komunikasi Dan Kajian Hukum*, 18(1). [Google Scholar](#)
- Yuen, Jacqueline K., Reid, M. Carrington, & Fetters, Michael D. (2011). Hospital do-not-resuscitate orders: why they have failed and how to fix them. *Journal of General Internal Medicine*, 26(7), 791–797. [Google Scholar](#)

**Copyright holder:**

Maggie Stella Hung, Ardiansah Ardiansah, Yeni Triana (2022)

**First publication right:**

Syntax Literate: Jurnal Ilmiah Indonesia

**This article is licensed under:**

